CONTRIBUTION A L'ÉTUDE N° 38

DES

FISTULES PELVI-RECTALES SUPÉRIEURES

ET ISCHIO-RECTALES

THÈSE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER

le 12 juillet 1884

PAR

PEYRET-DORTAIL

Né à Toulouse (Haute-Garonne)

EX-INTERNE DES HOPITAUX

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠.... Doyen
COMBAL ✻ ✠..... } Assesseurs
GRASSET..... ....

Professeurs.

	Messieurs :
Pathologie externe.	BOYER ✻.
Accouchements.	DUMAS ✻.
Clinique médicale.	DUPRÉ ✻ C ✠.
Anatomie.	BENOIT ✻ ✠
Clinique médicale.	COMBAL ✻ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER ✻.
Physique médicale.	MOITESSIER ✻.
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd.	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie, chargé du cours.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale. id.	N...
Opérations et appareils.	N...

MARTINS (O. ✻) FONSSAGRIVES (O. ✻), COURTY ✻. Profes honor.

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants. MM. BATTLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan. GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards. HAMELIN, agrégé.

Agrégés

Messieurs :	Messieurs
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✻.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE.
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE.
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examinateurs de la Thèse :

MM. GRASSET, *président ;*
TÉDENAT, agrégé ;
CHALOT, agrégé ;
REGIMBEAU, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0072

A la Mémoire de mon Père

A MA MÈRE

A MES TANTES

A MES PARENTS

PEYRET-DORTAIL.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GRASSET

A Monsieur le Professeur-Agrégé REGIMBEAU

A Monsieur le Professeur-Agrégé TÉDENAT

A MES MAITRES

PEYRET-DORTAIL.

A mes anciens Collègues d'internat d'Avignon
et d'Oran

A tous mes Amis

PEYRET-DORTAIL.

PRÉFACE.

Mollière dans son traité des maladies du rectum et de l'anus, divise les fistules de la région anale en fistules sous-tégumentaires et fistules sous-musculaires. Nous ne nous occuperons ici que du deuxième groupe.

Pour bien comprendre le mode de formation, la gravité et les moyens de traitement de la lésion que nous allons décrire, il faut d'abord bien saisir les rapports du rectum et la disposition anatomique des parties avoisinantes. Nous consacrerons donc un premier chapitre à la description de l'espace pelvi-rectal supérieur et de la cavité ischio-rectale.

Dans le second chapitre que nous diviserons en deux parties, nous étudierons l'inflammation du tissu cellulaire situé au-dessus du releveur de l'anus, c'est-à-dire dans l'espace pelvi-rectal supérieur; et en second lieu l'abcès de la fosse ischio-rectale. Nous aurons fait ainsi l'étiologie des fistules dont nous avons à nous occuper.

Nous aborderons ensuite la symptomatologie de ces lésions, et après en avoir fait le diagnostic différentiel et avoir établi leur marche et leur pronostic, nous arriverons au traitement qui fera l'objet de notre dernier chapitre.

Notre but est de présenter une vue d'ensemble sur l'affection que nous nous proposons d'étudier.

L'idée de ce travail nous est venue en observant un malade atteint d'abcès pelvi-rectal supérieur, et nous nous sommes inspiré d'une clinique faite sur ce sujet par M. Tédenat chargé du cours de clinique chirurgicale.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES PELVI-RECTALES SUPÉRIEURES

ET ISCHIO-RECTALES

CHAPITRE PREMIER.

ANATOMIE.

Le rectum fait suite à l'S iliaque du colon et le péritoine se continue sur cette partie terminale de l'intestin dans une étendue de 13 à 14 centimètres en avant et de 8 centimètres seulement en arrière.

Le point de réflexion de cette séreuse, d'après les chiffres donnés par M. Tillaux, est distant de l'anus, en avant de 5 centimètres lorsque la vessie est vide, et de 6 centimètres lorsque la vessie est pleine. En arrière, le péritoine ne descend pas aussi bas; il s'arrête à 11 ou 12 centimètres de l'orifice anal

A la sortie de son enveloppe péritonéale, l'intestin se trouve dans une atmosphère dense de tissu cellulaire qui l'entoure de toute part.

Pour se faire une idée de la disposition générale de ce tissu cellulaire péri-rectal, il faut pratiquer une coupe du bassin passant par les deux ischions, immédiatement en avant de l'orifice anal. On trouve alors en allant de dehors en dedans, et laissant de côté la masse musculaire extra-pelvienne, l'os des îles, l'obturateur interne couvert de son aponévrose; vers la partie moyenne de ce muscle se détachent les fibres du releveur de l'anus qui se portent en bas, par un trajet oblique en bas et en dedans.

Le releveur de l'anus est donc un diaphragme jeté au travers du tissu cellulaire qui remplit l'espace laissé libre entre la paroi osseuse et le rectum, et qui se trouve ainsi divisé de chaque côté en deux loges distinctes, une supérieure et une autre inférieure.

Nous étudierons d'abord la loge supérieure.

L'importance chirurgicale de cet amas celluleux a amené M. Richet à décrire séparément l'espace où il est contenu.

Nous décrirons ici, en résumé, ce qu'il nous dit dans son traité d'anatomie médico-chirurgicale: « Cet espace pelvi-rectal supérieur compris entre l'aponévrose supérieure du releveur est ou non relâché ; il est aussi étendu que possible lorsque le muscle est en repos. Dans cet état, en effet, le releveur est appliqué dans la moitié supérieure contre les parois ischiatiques, l'extrémité inférieure du rectum très abaissée et le sommet de l'infundibulum est aussi distant que possible du péritoine ; tandis que lors des contractions du muscle, l'entonnoir rectal s'efface et se rapproche du point où se réfléchit le péritoine.

» A sa partie antérieure, l'espace pelvi-rectal est beaucoup moins étendu que sur les côtés et surtout en arrière, ce qui tient à deux causes : la première à ce que le péritoine qui s'est beaucoup abaissé au-devant du rectum pour former le cul-de-sac recto-vésical, se relève insensiblement pour

gagner le sacrum; la seconde, à ce que le plan formé par le releveur s'incline en sens inverse du premier, c'est-à-dire de la prostate au coccyx. C'est donc à peine si ces deux plans sont en avant séparés par un intervalle de quelques millimètres, tandis qu'ils sont distants en arrière de plusieurs centimètres.

»Un tissu cellulaire abondant à mailles larges et assez lâches remplit tout cet espace et paraît destiné à favoriser les mouvements et l'ampliation du rectum; rarement il se charge de graisse. En avant et latéralement ce tissu communique avec celui qui remplit les fosses iliaques et la région profonde de l'abdomen par l'intermédiaire de la couche celluleuse sous-péritonéale des parois pelviennes et chez la femme il se continue avec celui du ligament large; en arrière, il fait suite à celui qu'on trouve dans le méso-rectum et la concavité du sacrum, il communique avec la région fessière par l'échancrure sciatique. Il est traversé par les branches viscérales de l'artère et de la veine hypogastrique; le plexus sacré et les ganglions du grand sympathique appliqués contre le sacrum s'en trouvent recouverts.

»Chez l'homme, l'espace pelvi-rectal supérieur est séparé de la prostate, des vésicules séminales et du bas-fond de la vessie par la lame cellulo-fibreuse dite prostato-péritonéale. Chez la femme on peut dire qu'il n'existe pas antérieurement, puisque le rectum est appliqué sans intermédiaire sur la face postérieure du vagin.»

Nous passons maintenant à la description de la loge inférieure délimitée par le releveur anal.

Examiné sur une coupe verticale et transversale du bassin passant par les deux ischions immédiatement en avant de l'anus, le tissu cellulaire de la région peut être comparé à une pyramide à base inférieure. En dehors se trouvent la tubérosité de l'ischion et la paroi osseuse qui y fait suite

tapissées par le muscle obturateur interne ; celui ci est maintenu fortement appliqué contre les os par une aponévrose résistante, l'aponévrose de l'obturateur interne.

La paroi interne est formée par le muscle releveur de l'anus doublé également par un feuillet aponévrotique. La paroi inférieure répond à la peau et constitue la base de la pyramide. Cette base est circonscrite, en arrière, par le bord inférieur du muscle grand fessier, en avant par le muscle transverse superficiel du périnée, en dehors par l'ischion, en dedans par l'anus. L'excavation se prolonge en avant au-dessus du transverse, en arrière au-dessus du grand fessier et forme ainsi deux culs de sac.

Le sommet du creux ischio-rectal répond à l'union du releveur de l'anus avec l'obturateur interne et se trouve à 5 centimètres environ de la base ; le seul vaisseau important est l'artère honteuse interne, mais elle est contenue dans la gaîne ostéo-fibreuse qui renferme l'obturateur interne. Les hémorrhoïdales inférieures qui en proviennent traversent l'espace pelvi-rectal inférieur. Les deux fosses ischio-rectales ne sont séparées en arrière, au niveau du coccyx, que par la portion du sphincter qui s'insère à cet os ; et le pus pour passer de l'une dans l'autre, n'a besoin que de décoller quelques fibres de ce muscle.

Aussi, aurons-nous bientôt à décrire ces abcès circulaires ou en fer à cheval dont nous pouvons déjà comprendre la formation.

CHAPITRE II.

ABCÈS PROFONDS DE LA RÉGION ANALE.

Nous diviserons ce chapitre en deux parties ; dans la première, nous nous occuperons des phlegmasies du tissu cellulaire pelvi-rectal supérieur ; dans la deuxième, nous parlerons de l'abcès ischio-rectal. Nous établirons le diagnostic différentiel de ces deux sortes d'abcès.

I° Abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur.

Étiologie. — Le tissu cellulaire de cette région ayant des rapports en avant avec les organes génito-urinaires, l'inflammation peut provenir de la prostate (1) ou de l'urèthre. Un calcul, par exemple, enclavé dans la portion du canal uréthral au voisinage du col de la vessie, peut très bien produire la rupture de ce canal, et amener une infiltration d'urine qui donnera naissance à un abcès.

Nous devons citer en seconde ligne les maladies du rectum.

Une ulcération quelle soit de nature inflammatoire comme dans la dysenterie, ou de nature diathésique comme les ulcérations scrofuleuses, cancéreuses, syphilitiques, etc., amènera la rupture des tuniques rectales. Les matières fécales pénétreront alors dans le tissu cellulaire où elles produi-

(1) Voir l'observation I.

ront une phlegmasie intense. Les corps étrangers, surtout ceux qui ont été introduits par les parties supérieures du canal digestif, les rectites qui compliquent si fréquemment les rétrécissements de cette partie terminale de l'intestin, peuvent produire le même résultat. Les phlegmasies qui atteignent les hémorrhoïdes profondes se terminent assez souvent par la suppuration et forment un abcès dans le tissu cellulaire pelvi-rectal. Les traumatismes sont aussi quelquefois l'origine de la lésion qui nous occupe; mais grâce à sa profondeur et à l'épaisseur des parois qui la recouvrent, il ne se produit pas dans ce cas là un abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur, mais bien un abcès de la fosse ischio-rectale. Nous pouvons aussi avoir à faire à un abcès d'origine osseuse. Le pus provient alors du sacrum, des dernières vertèbres lombaires ou de la surface carrée de l'os iliaque qui forme le fond de la cavité cotyloïde.

Symptôme.— Marche.— Terminaison.— La symptomatologie des abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur est difficile à établir. Les malades ressentent des douleurs plus ou moins intenses, ils éprouvent de la douleur pendant la défécation et ils ont une sensation vague de pesanteur dans le périnée. Les symptômes généraux n'apparaissent que lorsque la fonte purulente des tissus s'est produite. Nous n'avons à signaler qu'un peu de céphalalgie, la perte de l'appétit, de légers frissons, en un mot, cet appareil symptomatique qui accompagne presque toujours la formation du pus dans l'organisme.

Le plus souvent les malades ne vont pas consulter le médecin à cette période.

Mais que va-t-il se passer lorsque le pus est réuni en foyer et que l'abcès est constitué? Si l'aponévrose du releveur anal est assez résistante, c'est-à-dire si le sujet est

encore jeune, le pus, arrêté en bas par cet obstacle, cherchera à se frayer une route vers la partie supérieure de l'excavation. Mais en avant il rencontrera l'aponévrose prostato-péritonéale qui s'opposera à son passage. Il s'accumulera donc autour de la prostate qu'il comprimera. Le calibre de l'urèthre sera ainsi diminué et tendra même à s'effacer complètement. Aussi, pourra-t-on voir de ces rétentions d'urines disparaissant après l'ouverture de l'abcès.

Mais le pus peut suivre un autre chemin; en arrière, il rencontre les mailles lâches du tissu cellulaire, des fosses iliaques, qui lui permettra de fuser très loin et de produire d'immenses décollements. Lorsque le pus perfore le plan aponévroso-musculaire du releveur de l'anus, il arrive dans la fosse ischio-rectale et produit alors un abcès de cette région. Cet abcès en bissac peut ne pas se former. Si, par exemple, le processus inflammatoire n'est pas trop violent, le tissu cellulaire contenu dans le creux ischio-rectal, s'indure peu à peu, et lorsque le pus sera parvenu à traverser le releveur de l'anus, il se trouvera en présence d'un tissu grisâtre, dur, lardacé, qui lui permettra seulement de se frayer un chemin étroit suivant en général la paroi du rectum et venant s'ouvrir en un point plus ou moins rapproché de l'orifice anal. L'abcès, au lieu de s'ouvrir à l'extérieur, bien que cette manière soit son mode de terminaison le plus fréquent, peut s'ouvrir dans le rectum, le vagin, l'utérus, la vessie et même dans la cavité péritonéale.

Il est inutile d'insister sur la haute gravité de l'ouverture dans le péritoine; il surviendait dans ce cas là une péritonite suraiguë rapidement mortelle. L'ouverture dans la séreuse péritonéale n'est pas bien commune à cause de l'épaississement de ses parois, épaississement qui se produit sauf dans le cas où la maladie a suivi une marche très rapide.

L'ouverture dans l'urèthre et la vessie est très rare, pourtant nous en citons une observation due à M. Tédenat.

Les détails de ce fait nous permettront de ne pas insister ici très longuement. On reconnaîtra ce mode d'ouverture au passage du pus dans l'urine; si l'ouverture se fait à la fois dans le rectum et la vessie, il se dégage des gaz par l'urèthre; quelquefois aussi l'urine passe par le rectum.

La disposition valvulaire des orifices de communication peut faire beaucoup varier les écoulements gazeux.

Diagnostic. — Le diagnostic de la lésion n'est pas établi, le plus souvent avant l'ouverture de la collection purulente et l'établissement de la fistule qui en est la conséquence. Par le toucher rectal et l'examen au spéculum, on peut parfois reconnaître l'existence d'une tuméfaction douloureuse faisant saillie dans le rectum, mais quelquefois cette tuméfaction est très peu appréciable, et on ne songe pas à pratiquer le toucher si le malade vient vous consulter alors que l'abcès n'est pas encore ouvert et qu'il ne présente que des symptômes vagues. A ce moment, cependant, le diagnostic est possible quoique difficile, et si on est appelé à donner ses soins à une personne souffrant de dysurie ou de rétention d'urine, de douleurs lombaires, de pesanteurs dans le bassin et présentant en même temps un peu de fièvre et des troubles plus ou moins marqués du côté de l'appareil digestif, il ne faut pas négliger d'examiner l'intérieur du rectum. S'il s'agit alors d'un abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur, on percevra le plus souvent à 6 ou 7 cent. au-dessus de l'anus un point douloureux, quelquefois même une tuméfaction plus ou moins appréciable qui mettront le praticien sur la voie du diagnostic.

On peut, parfois, se faire une idée incomplète de la lésion, si, par exemple, l'abcès situé au-dessus du releveur de l'anus

communique avec un autre abcès formé dans le creux ischio-rectal. Dans ce cas, on observe tous les symptômes de l'inflammation du tissu cellulaire péri-rectal inférieur, et le diagnostic ne peut être complété que lorsque après l'évacuation du pus, on peut introduire un stylet dans le trajet fistuleux.

Pronostic.— Le pronostic est grave car, ou bien cet abcès donne naissance à une fistule à écoulement purulent intarissable, ou bien il peut produire des décollements considérables.

Traitement.— L'abcès pelvi-rectal supérieur n'est presque jamais traité par le chirurgien qui n'a à soigner que la fistule qui en est la conséquence. Mais si on reconnaît son existence, il ne faut pas hésiter à y plonger le bistouri.

2° Abcès de la fosse ischio-rectale.

Etiologie. — L'étiologie de ces abcès est à peu près la même que celle que nous avons assignée à l'inflammation du tissu cellulaire de l'espace pelvi-rectal supérieur. Nous devons simplement faire remarquer que la cause la plus fréquente sera le traumatisme; car ici la région est plus superficielle que celle dont nous avons précédemment décrit l'inflammation. Signalons aussi l'influence des corps étrangers introduits par l'anus.

Malgaigne (1) cite le cas suivant: on introduisit dans le rectum la canule d'une seringue pour donner un simple lavement. Mais cette introduction fut tellement maladroite,

(1) Malgaigne, Anatomie chirurgicale, tome II, p. 492.

qu'on perfora les tuniques de l'intestin et qu'on injecta le liquide dans le tissu cellulaire environnant.

Symptômes. — Marche. — Terminaison. — Ce qui caractérise la symptomatologie de l'abcès ischio-rectal, si on la compare à celle de l'abcès pelvi-rectal supérieur, c'est que dans le premier cas, la lésion ne tarde pas à se caractériser. On aperçoit alors une tumeur faisant corps avec la fesse et qui s'étend de l'anus vers l'ischion de la partie postérieure des bourses jusqu'au coccyx. La tuméfaction peut ne pas être très apparente si, par exemple, le pus fuse du côté du rectum. Telles sont, en effet, les trois directions principales suivant lesquelles se produisent les décollements et auxquelles Chassaignac a assigné les noms de diverticule périnéal, pelvien et fessier. La tumeur qu'on peut alors examiner est chaude, rouge, dure, douloureuse à la pression. Un des meilleurs caractères de l'affection est précisément cette dureté persistante des téguments.

L'inflammation trouve, en effet, dans le tissu cellulaire dont est comblée la fosse ischio-rectale, une voie toute naturelle, tandis qu'elle est arrêtée en bas par des tissus résistants qui éprouvent alors les altérations pathologiques du phlegmon chronique.

Outre les trois directions principales dont parle Chassaignac, l'abcès, dans sa marche, pourra se creuser une autre cavité, avec laquelle il communiquera et dans laquelle viendra s'épancher le trop-plein de son contenu. Nous avons déjà parlé d'un de ces abcès en bissac, en étudiant les phlegmasies de l'espace pelvi-rectal supérieur. Nous avons fait remarquer que le pus, après avoir perforé le muscle releveur de l'anus, se formait quelquefois une seconde poche dans le creux ischio-rectal ; nous pouvons, dans le cas que nous avons à examiner, nous trouver en présence d'une lésion

semblable. Seulement l'inflammation, au lieu de marcher de haut en bas, aura suivi une marche opposée.

Il peut y avoir une seconde forme d'abcès en bissac. Le pus peut, en effet, s'ouvrir un chemin sous la muqueuse rectale et la décoller à une assez grande hauteur avant de la perforer.

Nous pouvons enfin observer ce qu'on a désigné sous le nom d'abcès circulaire ou en fer à cheval étudié principalement par Curling et Allinghan. Dans ce cas-là, nous pourrons observer deux cavités purulentes communiquant par un point rétréci ; ce point de communication se trouve situé immédiatement en avant du coccyx. Dans un cas pareil, en pratiquant le toucher rectal, on peut refouler le pus d'une cavité dans l'autre.

Nous pouvons encore avoir affaire à un cas particulier : « quand la gangrène frappe une partie de la paroi rectale, le foyer purulent lors de la chute de l'eschare communique par une large ouverture avec le réservoir des matières fécales . . . . . .

. . . . . .

» La fosse ischio-rectale devient en quelque sorte le diverticule de l'ampoule rectale (1). »

Traitement. — Dans le cas d'abcès de la fosse ischio-rectale comme dans le cas qui nous occupe précédemement, il ne faut pas compter snr la résolution du phlegmon. Si comme on l'a observé dans quelques cas, la guérison s'opère, il reste presque toujours un noyau d'engorgement qu'on peut regarder comme le germe d'une nouvelle tumeur qui finira tôt ou tard par la suppuration (2).

(1) Mollière. Traité des maladies du rectum et de l'anus, p. 31.
(2) Boyer. Traité des maladies chirurgicales. t. X, p. 101.

Il ne faut donc pas s'attarder pour pratiquer l'incision ; il faut en venir à ce moyen, la tumeur *étant encore verdelette*, suivant l'expression d'Ambroise Paré.

Mais quelle est la forme de l'incision qu'on doit pratiquer? Guy de Chauliac conseillait une incision en forme de lune pour donner un libre écoulement au pus.

Jean-Louis Petit disait qu'il était indispensable de fendre le rectum dénudé ; Dionis et de La Faye agissaient de la même sorte. On retrouve dans les mémoires de l'Académie royale de chirurgie, la discussion célèbre de Faget et de Foubert (tom. 1, p. 390), pour savoir s'il est utile d'inciser l'intestin et si l'on peut ainsi prévenir la formation des fistules.

Faget affirmait cette opinion que combattait vigoureusement Foubert. Les idées de ce dernier furent plus tard soutenues par Boyer.

Velpeau ne se prononce pour aucune des deux opinions ; pour ce qui nous concerne, et d'après les exemples que nous avons pu voir, lorsqu'on est en présence d'une inflammation de la fosse ischio-rectale, on doit plonger sans crainte le bistouri dans l'épaisseur des tissus, et débrider ainsi le phlegmon qui est en voie de formation.

Diagnostic différentiel.— Nous essayerons d'établir en quelques mots le diagnostic différentiel des deux sortes d'abcès dont nous venons de nous occuper.

Au point de vue de l'étiologie, les traumatismes produisent surtout l'abcès ischio-rectal, tandis que l'inflammation du tissu cellulaire contenu dans l'espace pelvi-rectal supérieur est occasionnée principalement par la présence des corps étrangers venant de la partie supérieure du tube digestif.

Quant à la marche, elle est beaucoup plus rapide dans

l'abcès ischio-rectal et les symptômes sont aussi beaucoup plus marqués.

Il nous sera donc possible, sinon facile, en examinant la cause productrice, l'appareil symptomatique et la marche de l'affection, de savoir si nous sommes en présence d'un abcès ischio-rectal ou d'un abcès pelvi-rectal supérieur.

Mais nous ne pourrons être tout à fait convaincus que lorsque, après l'ouverture de la poche purulente, nous pourrons introduire un stylet. Nous verrons alors si la cavité terminale du trajet fistuleux se trouve au-dessus ou au-dessous du releveur anal. Nous devons enfin signaler dans l'abcès ischio-rectal une tension très marquée et une fluctuation moins profonde que dans l'abcès pelvi-rectal supérieur.

CHAPITRE III.

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC DES FISTULES PELVI-RECTALES SUPÉRIEURES ET ISCHIO-RECTALES.

Pozzi, dans sa thèse inaugurale (Paris 73), définit les fistules pelvi-rectales supérieures de la façon suivante : « C'est une variété de fistules à l'anus très profondes, généralement borgnes, externes dans le trajet, passant au dehors de toutes les parois intestinales, dans le tissu cellulaire pelvi-rectal, aboutit à une dilatation supérieure au-dessus du releveur de l'anus. »

Pour définir la fistule ischio-rectale, nous n'aurons qu'à modifier les derniers termes de Pozzi. Dans ce cas-là, en effet, le trajet aboutit à une dilatation située au-dessous du releveur anal.

Quelle est la cause productrice de ces fistules ? nous l'avons étudié dans le chapitre précédent ; mais nous avons encore à nous demander pourquoi la paroi de ces abcès ne se recolle pas.

Nous devons en trouver la cause dans l'extrême mobilité des parois. En effet, suivant que l'abdomen se trouve à l'état de plénitude ou de vacuité ; que la vessie est plus ou moins distendue par l'urine, la tension dans la cavité de l'abcès est plus ou moins grande; et, d'autre part, le releveur de l'anus se contracte sans cesse pour lutter contre la pression intra-abdominale et s'accommoder en quelque sorte à toutes ces variations.

Les parois de l'abcès sont donc incessamment mobilisées

de sorte que le recollement devient impossible. Ce qui vient encore empêcher la rétraction de la cavité purulente, et ceci dans l'abcès pelvi-rectal supérieur, c'est l'étroitesse de l'orifice par lequel le pus s'écoule, et la structure même de cet orifice qui rend l'écoulement intermittent.

Examinons maintenant les symptômes des fistules qui nous occupent.

Signes physiques.— Le plus souvent ces fistules étant borgnes externes, le pus ne s'écoule pas par l'anus, mais auprès de lui; dans ce cas, le chirurgien ne doit pas s'en rapporter au dire du malade qui le plus souvent est incapable de fournir des indications précises, il doit pratiquer le toucher et même l'examen au spéculum, soit à l'aide de l'instrument d'Amussat ou de Sims. Il peut même introduire dans l'anus une mèche qu'il laisse en place quelque temps, et constater qu'elle n'est pas souillée de pus. En pratiquant le toucher rectal, s'il ne rencontre pas d'orifice, il peut supposer qu'il existe, mais hors de la portée du doigt; il fait alors une injection colorée qui lui indiquera s'il a affaire à une fistule complète; dans le cas contraire, l'injection reviendra par le trajet fistuleux sans passer par l'anus.

Après avoir acquis ce premier élément de diagnostic, on introduit le doigt dans l'anus, et appuyant sur la paroi rectale tour à tour de chaque côté, on arrive à un endroit où l'on perçoit une légère induration, et où le malade éprouve de la douleur; si alors on exerce une pression assez forte, on amène un écoulement notable de pus par l'orifice externe de la fistule. On a ainsi vidé le clapier supérieur, de telle sorte que pour obtenir de nouveau un résultat semblable, il faut attendre un certain temps; si les parois de la poche terminale sont indurées quand on cesse la compression, cette poche reprend brusquement son volume primitif, comme l'ampoule d'une

ventouse de caoutchouc et aspire l'air extérieur, ce qui explique très bien la présence de gaz fétides à odeur spéciale dans une fistule borgne externe.

Nous avons un autre élément important de diagnostic dans le cathétérisme du trajet ; on apprécie d'abord la longueur de la fistule et on voit ainsi si c'est une fistule pelvi-rectale supérieure ou ischio-rectale. Toutefois il est rare qu'on puisse tout d'abord parcourir le trajet dans toute son étendue ; on se trouve arrêté par des brides, des inflexions, des bifurcations formant éperon, et enfin lorsqu'on est arrivé à l'ampoule terminale, le stylet peut se mouvoir librement dans la cavité. Signalons parmi les difficultés du cathétérisme dans le cas de fistule pelvi-rectale supérieure, le passage du releveur de l'anus qui ne s'opère parfois qu'après de longs tâtonnements. En combinant le toucher rectal avec le cathétérisme, on se rend compte de l'épaisseur de la paroi qui sépare le trajet fistuleux de l'intérieur du rectum.

Signes rationnels.— Nous n'avons à signaler que de légères douleurs spontanées, mais le malade souffre beaucoup lorsqu'on exerce une pression au niveau de l'ampoule terminale ou bien quand les fèces durcies passent à ce même niveau.

Signes généraux.— Le plus souvent ils sont assez peu marqués chez les sujets vigoureux, et surtout au début de l'affection. Mais l'épuisement est l'effet de cette suppuration prolongée, surtout si l'on a affaire à des personnes délicates, d'un tempérament lymphatique ou débilité par une maladie antérieure. Nous voyons dans ce fait une raison de plus en faveur de l'intervention chirurgicale chez des tuberculeux. Nous n'avons pas l'intention d'aborder cette question délicate qui a été si diversement résolue. Thompson, Holmes, Ashton pensent que l'intervention est nuisible. Chassaignac

et Vidal conseillent d'opérer toujours. Quant à nous, il nous semble que, dans cette question, on doit être éclectique. En effet, la suppuration débilite le sujet, il est donc bon de la supprimer. Mais lorsque la phtisie est arrivée à sa période terminale, le malade ne retirerait aucun profit de l'opération, au contraire la fièvre traumatique consécutive à l'opération aggraverait son état et serait en quelque sorte un coup de fouet pour sa diathèse. On devra donc, si on opère un tuberculeux, ne se résoudre à ce parti que si la lésion pulmonaire est peu avancée.

Diagnostic différentiel.— Dans le cas de fistules pelvi-rectales supérieures, on éprouvera d'assez grandes difficultés pour pratiquer le cathétérisme et arriver dans la poche terminale. Le trajet est long et mesure de 7 à 8 centimètres ; de plus, l'écoulement du pus sera rendu intermittent par les contractions du muscle releveur de l'anus.

Dans le cas de fistule ischio-rectale, le trajet beaucoup plus court sera parcouru assez facilement, et le pus arrivera à l'extérieur d'une façon régulière.

Pronostic.— Le pronostic des fistules qui nous occupent tire sa gravité de la suppuration continuelle qui se trouve ainsi établie et des difficultés de l'opération à laquelle on doit recourir pour y porter remède. Nous ne reviendrons pas ici sur les rapports des fistules anales avec la tuberculose, nous en avons parlé au chapitre des symptômes.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

En présence des fistules anales sous-musculaires, le chirurgien a à sa disposition plusieurs méthodes de traitement.

Nous allons les passer rapidement en revue.

Ligature.— Cette méthode préconisée par Celse, Guy de Chauliac, Fallope, Fabrice d'Aquapendente, est encore soutenue aujourd'hui par Curling, mais ce moyen curatif est défectueux, car il est long et incertain et demande six ou huit jours de souffrance pour produire un résultat que l'incision donne en quelques secondes.

Écrasement linéaire.— Chassaignac vante ce mode de traitement pour la guérison des fistules à l'anus. Il dit que toutes, quel que soit leur état de simplicité ou de complication, peuvent être opérées par l'écrasement linéaire (1). Lucke décrit des instruments particuliers destinés à conduire la chaîne de l'écraseur dans le cas de fistules profondes (2).

Nous pourrons adresser à cette méthode les mêmes reproches qu'à la ligature, car l'écrasement linéaire n'est en quelque sorte qu'une ligature d'un genre particulier.

On a aussi employé la ligature caustique et la ligature

(1) Chassaignac, Traité de l'écrasement linéaire.
(2) *The lancet* 1845, t. 1, p. 222.

élastique. Ce dernier moyen de diérèse a été utilisé avec succès en Allemagne par Dittel et en Angleterre par Allingham.

Cautérisation.— Ce fut pendant longtemps un des rares moyens de traitement que le praticien eut à sa disposition contre la maladie qui nous occupe. Les eaux de Bourbonnes et de Barèges prises en injections jouissaient d'une grande réputation et cela jusqu'à Louis XIV, qui désirant les employer pour son usage personnel, envoya à ces deux stations un grand nombre de fistuleux qui n'en retirèrent aucun bénéfice. De nos jours, M. Boinet a remis en honneur les injections iodées.

M. Gosselin les proscrit complètement, car, dit-il, «avec cette méthode l'insuccès est la règle (1).» Chassaignac et Esmarch sont aussi de cet avis.

A côté des injections iodées, nous trouvons les injections de nitrate d'argent proposées par Boileau de Castelnau, de teinture alcoolique de ratanhia (Rottée de Clermont (Oise), de perchlorure de fer (2). On a aussi vanté l'emploi des caustiques solides : nitrate d'argent, sulfate de cuivre, etc.., introduits dans le trajet de la fistule.

Nous citerons simplement, sans en discuter l'efficacité, un moyen de traitement que Chassaignac qualifie d'*aberration chirurgicale*, nous voulons parler de la compression du trajet fistuleux et du clapier terminal. Cette compression est faite par un corps étranger introduit dans l'intérieur du rectum On employait soit la canule à chemise de Bermont, on usait aussi du procédé de Piedagnel, cité dans la pathologie externe

(1) Dictionnaire de Jaccoud, t. II, art. *Anus*.
(2) *Revue thérapeutique du midi* 1854.

de Nélaton ; ce procédé consistait à introduire dans le rectum une masse de charpie enveloppée dans une compresse.

Mais tous les moyens que nous venons de citer restent le plus souvent sans résultat contre les fistules qui nous occupent et doivent être délaissés par les praticiens. Dans le cas de fistule pelvi-rectale supérieure, on ne peut songer à les employer, et dans le cas de fistule ischio-rectale, il reste à peu près toujours sans succès ; il faut donc avoir recours à des méthodes plus efficaces.

Que doit-on éviter lorsqu'on opère une fistule pelvi-rectale supérieure ? Il faut d'abord songer à l'hémorrhagie qui peut se produire, éviter ensuite de léser le péritoine et empêcher enfin la rétention du pus dans le clapier terminal. Telles sont les trois indications majeures de l'opération. On évite ces trois accidents en employant la méthode de Gerdy. Mais pourquoi préférer l'entérotome à l'écraseur qui, lui aussi, arrête l'hémorrhagie ? Il nous sera facile de répondre à cette objection, en comparant les deux manières différentes, suivant lesquelles ces instruments divisent les tissus.

Nous verrons que l'incision étroite, *linéaire*, produite par l'écraseur, ne donne pas un écoulement suffisant au pus contenu dans l'ampoule terminale ; tandis que l'entérotome y produit une véritable perte de substance. En enlevant l'eschare qui reste entre ces deux branches, cet instrument ouvre une voie beaucoup plus large, d'où écoulement plus facile du pus. En outre, avec l'entérotome, on n'a pas à craindre de péritonite consécutive à l'opération. Si les deux feuillets de la séreuse sont pincés, ils contractent des adhérences, comme on le voit dans la cure de l'anus contre-nature.

Gerdy employait l'entérotome de Dupuytren ; on doit lui préférer l'entérotome à branches parallèles construit sur

les indications de M. Richet et dont on peut voir la figure dans la thèse de Pozzi (p. 43). « En vertu du mode d'articulation des branches de l'entérotome de Dupuytren, les parties placées entre les mors du voisinage de leur articulation sont seules soumises à une pression suffisante. Les portions placées au-delà ne sont qu'incomplètement étreintes. De là résulte qu'à la chute de l'instrument la portion inférieure de la cloison qu'on veut mortifier tout entière est parfois la seule qui ait été détruite et l'on doit recourir à une seconde application (1). »

En employant l'instrument de Richet, on obvie à cet inconvénient, Nous ne décrirons pas les différents temps de l'opération qui se trouvent tout au long dans les traités parlant sur la matière ; nous ferons remarquer seulement qu'il faut autant que possible éviter de pincer la peau, car on provoque ainsi une douleur très vive. Gerdy avait déjà signalé ce fait en 1853, lorsqu'il présenta sa méthode de pincement. Dans cette même année, un de ses élèves, M. Carreau, dans sa thèse inaugurale, faisant allusion à cet inconvénient, s'exprime ainsi à la page 244 : « Si donc on avait affaire à une fistule borgne externe et que son orifice fût à une certaine distance de l'orifice anal, on commencerait par inciser la portion de tégument située entre eux (2). »

Pansement. — Après l'opération, on introduit dans l'anus une mêche du volume du pouce enduite de cérat, on met par dessus quelques gâteaux de charpie pour exercer une certaine compression et le tout étant recouvert de compresses

(1) Pozzi, Thèse inaugurale, p. 42.

(2) Nouvelle méthode dite méthode de pincement employée par M. le professeur Gerdy, pour le traitement des fistules à l'anus à orifice supérieur très élevé ou compliqué d'un décollement qui remonte très haut. (Thèse de Paris, 1853).

longuettes, on le maintient en place au moyen d'un bandage en T double.

Ce pansement est renouvelé au bout de cinq jours à peu près; dès qu'il est sale, on le refait comme la première fois, tout en diminuant peu à peu la grosseur de la mêche. Le malade sera soumis à une diète sévère et on lui administrera de l'opium pour éviter les garde-robes.

Une des plus graves complications de l'opération, c'est l'incontinence des matières fécales qui peut quelquefois persister très longtemps (1). Dans ce cas, le pansement doit être renouvelé tous les jours.

(1) Voir observation IV.

Observation I.

Communiquée par M. Tédenat.

Le Dr P..., de S... (Corse), âgé de 42 ans, vient à Montpellier, le 10 septembre 1883. Pas d'antécédents héréditaires. Tempérament bilioso-sanguin, de constitution moyenne; le Dr P... a eu une blennorrhagie à l'âge de 22 ans. Depuis trois ans, accidents du côté de l'urèthre et du rectum.

Il a d'abord éprouvé des douleurs avec tuméfaction sur la partie antérieure et gauche de la marge de l'anus. Au bout de 7 ou 8 jours de souffrance, un abcès s'est ouvert à l'extérieur et depuis existe une fistule. Du côté droit, le malade éprouve une douleur profonde, peu intense, plus vive pendant la défécation. Quelque temps après, tuméfaction dans la fosse ischio-rectale droite. Au bout d'un mois environ, un abcès s'ouvre un peu en dedans de la tubérosité de l'ischion du côté droit; du pus s'en écoule abondamment pendant une dizaine de jours, puis la suppuration diminue tout en persistant. En même temps que le pus coule au dehors, il coule aussi par l'urèthre, mais seulement au moment de la miction. Avec le pus passent des gaz intestinaux et quelques parcelles de matières fécales. Il arrive que pendant quelques jours les gaz ne passent pas par l'urèthre; jamais l'urine n'est passée par le trajet fistuleux s'ouvrant au niveau de l'ischion; mais il existe à la partie moyenne du raphé scrotal et en arrière un orifice fistuleux étroit par où, pendant la miction, suinte un peu d'urine. Le malade ne peut nous renseigner sur l'époque où il s'est formé.

Il existe au niveau de la région bulbeuse un rétrécissement de l'urèthre du calibre n° 13 de Charrière. L'urine est claire, mais laisse déposer quelque peu de pus.

12 septembre. Incision de la fistule sous-cutanéo-muqueuse occupant la partie gauche de la marge de l'anus; pansement avec une mèche enduite de pommade à l'iodoforme, lavages avec une solution d'acide borique à 4 p. 100.

18 septembre. Douleurs moindres. M. Tédenat prie M. le professeur Dubrueil de lui donner son avis. On décide: 1° de calibrer l'urèthre; 2° de vider la vessie avec une sonde en gomme pour que l'urine ne passe pas dans le trajet fistuleux qui s'ouvre sur le raphé scrotal; 3° de sectionner au moyen de l'entérotome la paroi mitoyenne entre le rectum et le trajet fistuleux s'ouvrant au voisinage de l'ischion.

Cette paroi est très épaisse, le trajet a plus de 10 centim. de hauteur.

20 septembre. Incision avec le bistouri de la partie inférieure de la fistule; entérotome appliqué sur le reste du trajet.

29 septembre. Chute de l'entérotome. Le malade a vivement souffert pendant les deux premiers jours qui ont suivi l'application de l'instrument. La vessie est vidée 3 ou 4 fois par jour avec la sonde. Des mèches sont introduites matin et soir, après lavage avec la solution borique. La fièvre a toujours été modérée (38°4 une seule fois comme maximum).

8 octobre. Le traitement a été continué. Amélioration progressive. Il coule très peu de pus. Depuis le 3 octobre l'urine est tout-à-fait claire. Appétit satisfaisant.

15 octobre Le malade a essayé d'uriner sans sonde; il n'est venu dans le canal ni pus, ni gaz, ni matière fécale, mais une faible quantité d'urine a passé par la fistule qui s'ouvre sur le raphé scrotal. Le malade sort et se promène

un peu depuis deux jours ; il se trouve à tous les points de vue infiniment mieux.

20 octobre. Suintement purulent très minime par l'anus. Calibre de l'urèthre porté à 22. L'urine est évacuée ordinairement par la sonde; quand le malade l'évacue sans sonde, les gaz et les matières ne passent plus dans le canal. Il passe encore un peu d'urine par la fistule raphéale. Amélioration très marquée à l'état général.

La prostate, explorée avec soin, a paru à MM. Dubrueil et Tédenat un peu tuméfiée, sans bosselures, mais avec un point ramolli. M. Tédenat a appris au mois d'avril que le malade pouvait monter à cheval sans souffrir.

Absence d'écoulement de pus par le rectum, d'émissions gazeuses ou stercorales par l'urèthre. Simple humidité au niveau de la fistule raphéale.

Observation II.

Communiquée par M. Tédenat.

Louis R..., âgé de 26 ans, employé de l'administration des finances, lymphatique, bien constitué, avec de bons antécédents de famille, s'est bien porté jusqu'à l'âge de 24 ans. A cette époque il eut en Cochinchine une dysenterie grave qui dura plus de deux mois. Pendant cette dysenterie, il éprouva divers accidents du côté de l'anus ; plusieurs abcès furonculeux se développèrent à la marge de l'anus ; il ressentit surtout profondément une douleur sourde qui persista après la guérison de la dysenterie. Cette douleur était quelquefois très vive quand le malade rendait à la selle des matières dures. Cet état durait depuis 4 ou 5 mois, quand le malade revint en France (janvier 82). Il persista ; la douleur faible ou forte siégeant profondément du côté droit de l'anus et du rectum s'irradiant dans la région sacrée. A cette époque, survint lentement, progressivement, une tuméfaction dure et diffuse de toute la moitié droite de la marge de l'anus jusqu'au-delà de l'ischion. Au mois de juin, abcès superficiel du côté gauche au voisinage de la marge.

Le malade avait bon appétit, digérait bien, avait toutes les apparences d'une bonne santé, se mariait. .. Le 15 novembre 1882, il consulta M. Tédenat qui constata : État général bon. Du côté gauche de la marge de l'anus, fistule sous-cutanée muqueuse, dont l'orifice externe est à 2 centim. de l'orifice anal, l'orifice interne à 4 centim. Du côté droit tuméfaction dure s'étendant en dehors jusqu'à un travers de doigt

au-delà de l'ischion, en arrière, allant jusqu'au coccyx, en avant jusqu'à la racine des bourses.

La peau est rouge-sombre, pas de fluctuation. Le doigt introduit profondément dans le rectum sort très haut du côté droit de l'empâtement et le malade éprouve de la douleur. La fistule du côté gauche est incisée avec le bistouri le 17 novembre et pansée avec des mèches imprégnées de la pommade à l'iodoforme.

Le 19 novembre, M. Tédenat enfonce un bistouri à lame longue et étroite parallèlement au rectum, à égale distance de l'anus et de l'ischion, le dirigeant en haut et en arrière. A une profondeur de 6 centim. du pus s'écoule de bonne nature et sans odeur fécaloïde. Un stylet boutonné pénètre à une hauteur de 13 centim. ; le doigt introduit profondément dans le rectum sent vaguement l'extrémité du stylet dont il est séparé par une couche épaisse de tissu. En comprimant à ce niveau, on détermine la sortie par la plaie extérieure de 100 gram. de pus environ.

L'exploration avec le stylet permet de supposer qu'il y a peu de décollement au moins dans les trois-quarts inférieurs de ce long trajet. Un drain en caoutchouc est introduit et sert à l'injection d'une solution phéniquée à 3 p. 100.

Le malade éprouve « de la fraîcheur dans le rectum », pourtant le liquide ne paraît pas revenir par l'anus.

Les injections dans le trajet sont continuées jusqu'au 20 décembre ; la suppuration est très modérée. Pourtant quand le bol fécal est volumineux et dur, dès les premiers efforts que fait le malade, un petit flot de pus coule.

La fistule du côté gauche est guérie le 12 décembre ; l'état général est resté excellent.

Le 21 décembre 1882, le Dr Médard qui avait vu plusieurs fois le malade avec M. Tédenat, pratiquait une injection dans le drain, lorsque le malade s'écria : « Le liquide passe dans

le rectum. » Cela était exact. Depuis lors tantôt le liquide passe dans le rectum, toujours en faible quantité ; le plus souvent il n'y passe pas.

M. Tédenat a proposé l'opération au moyen de l'entérotome, mais le malade hésite toujours, il mange et digère bien et ne souffre pas, pourvu que l'injection soit faite tous les jours ; il a repris sa vie ordinaire, très active depuis le mois de mai 1883. A cette époque le drain fut enlevé, l'orifice externe est très étroit, mais l'introduction de la canule de la seringue, destinée à l'injection quotidienne, suffit à le maintenir ouvert. C'est à peine s'il coule dans la journée 1 ou 2 centim. cubes de pus.

Quand, l'injection n'étant pas faite d'un jour, l'orifice se ferme, le malade éprouve des douleurs distensives ; il n'y a pas d'écoulement de pus par l'anus et il faut injecter une assez grande quantité de liquide pour que, et encore pas toujours, il en passe un peu par l'intestin. Cela prouve que l'orifice supérieur situé très haut est étroit, ou qu'une disposition valvulaire empêche sa libre communication dans le rectum.

Observation III.

Personnelle.

Curel Roch, chanteur ambulant, âgé de 50 ans, entre à l'hôpital Saint-Éloi le 13 mars 1884 dans le service de M. Tédenat. A la visite du lendemain, on constate sur le périnée, à droite du raphé médian une tumeur rouge, chaude, dure et douloureuse à la pression. Interrogé sur l'époque où s'est montrée cette tumeur, le malade dit qu'il y a de cela une dizaine de jours, mais qu'il y a très longtemps qu'il souffre pendant la défécation. Il ne peut rapporter la cause de son mal à aucun traumatisme ; ses antécédents héréditaires sont bons ; mais en 1850, alors qu'il était soldat dans les colonies, il a eu des chancres et plusieurs chaudepisses. On doit donc rechercher l'étiologie, non du côté du rectum, mais bien du côté des organes génito-urinaires. Après avoir constaté cela, on plonge un bistouri dans l'épaisseur des tissus enflammés jusqu'à une profondeur de 12 centim. en se tenant à une égale distance de l'ischion et de l'anus. Il s'écoule environ un demi-litre de pus. On fait un pansement antiseptique. Le lendemain, on trouve le pansement souillé par l'écoulement purulent qui s'est produit pendant la nuit ; on se décide à opérer la fistule qui s'est formée.

Le 18, le malade est porté dans la salle d'opération et on pratique l'incision de la paroi charnue comprise entre le rectum et le trajet fistuleux. On se sert pour cela du bistouri et de la sonde cannelée. L'hémorrhagie n'est pas très abondante. L'incision faite, on introduit entre les lèvres de la plaie une mèche imbibée de pommade à l'iodoforme, après

avoir pratiqué des lavages avec une solution borique à 4 p. 100.

Tous les jours suivants, on renouvelle les lavages et la mèche iodoformée.

La suppuration persiste avec assez d'intensité. L'incision a été insuffisante, car, vu la longueur de la fistule, on a laissé une partie du trajet supérieur et le clapier terminal. On se décide à faire une nouvelle opération.

Le 14 mai, le malade est de nouveau porté dans la salle d'opération. On examine sa fistule et on voit que le trajet ne communique pas avec le rectum. On pince la paroi supérieure du trajet entre les branches d'un entérotome qu'on assujettit au moyen d'un bandage en T.

L'instrument tombe le septième jour après l'opération. On applique de nouveau des mèches enduites d'iodoforme et on continue les lavages.

Le malade ne peut retenir ses matières fécales, mais cette incontinence disparaît au bout de 14 jours. On a employé contre elle de l'opium et une potion au bismuth. Nous voyons ici que l'incontinence des matières fécales a été assez vite supprimée, mais il n'en est pas toujours ainsi (voyez observ. IV).

Il sort de temps en temps un peu de gaz par le trajet fistuleux, la suppuration continue. Le malade n'a pas beaucoup d'appétit.

Aujourd'hui la suppuration a bien diminué et en faisant l'injection quotidienne, on s'aperçoit qu'il ne peut pénétrer autant de liquide ; donc la cavité tend peu à peu à s'oblitérer. L'état général du malade est bon ; les selles sont assez régulières, l'appétit revient et tout fait prévoir une prompte guérison.

Observation IV.

(Tirée de la thèse de Pozzi)

Incontinence des matières fécales persistante, à la suite de la section par l'écraseur de deux trajets fistuleux profonds.

Laroche (Eugène), 43 ans, clerc d'huissier, entre le 17 février 1872 à l'hôpital des cliniques.

Ce malade, qui a depuis longtemps un rétrécissement de l'urèthre, a vu survenir en janvier 1870 des abcès urineux à la marge de l'anus. Des ouvertures multiples se firent spontanément et restèrent fistuleuses.

Au mois d'août de la même année, il entra à l'hôpital Beaujon dans le service de M. le professeur Dolbeau, suppléé par S. Duplay. On constata alors, entre deux petits décollements de moindre importance, deux trajets fistuleux qui s'ouvraient dans le rectum, à une hauteur que le doigt pouvait à peine atteindre. Redoutant une hémorrhagie par l'instrument tranchant, M. Duplay se décida à faire la section à l'aide de l'écraseur linéaire. Les autres décollements sont incisés avec le bistouri.

Une chaîne fut introduite dans chacun des trajets; l'écrasement dura vingt-cinq minutes; il n'y eut pas d'hémorrhagie. Le malade partit pour Vincennes avant l'achèvement de la cicatrisation, ayant une incontinence absolue de matières fécales.

Actuellement, le malade raconte qu'il a depuis lors vu persister cette infirmité. Les matières même offrant une consistance assez grande ne peuvent être retenues, et la vie de ce malheureux est devenue insupportable.

L'examen de l'anus montre un infundibulum d'une profondeur de 4 centimètres. La muqueuse est tomenteuse au toucher et humectée par un suintement glaireux continuel. Les deux cicatrices faites par l'écraseur sont visibles sur la marge de l'anus, mais se sentent à peine sous le doigt promené dans l'infundibulum. (Le malade repousse énergiquement tout soupçon de pédérastie).

Le malade, qui n'a été soumis à aucun traitement, sort le 1er mars.

Observation V.

(Thèse de Pozzi) Communiquée par le Dr Maurice Laugier.

Fistule pelvi-rectale supérieure traitée par la méthode du pincement. — Guérison.

Le nommé B..., âgé de 33 ans, journalier, entre à la salle Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Richet, le 1er mai 1868 pour un vaste abcès de la marge de l'anus et de la partie de la fesse gauche avoisinant la région anale. Le périnée et la fesse sont le siège d'une tuméfaction considérable ; la fluctuation est manifeste. M. Richet ouvre largement l'abcès, et il s'écoule une grande quantité de pus fétide.

Les jours suivants, on constate que le foyer de l'abcès remonte très haut. La suppuration a envahi le tissu cellulaire de l'espace pelvi-rectal et la fistule remonte à plus de 8 centimètres de hauteur au-dessus de l'orifice anal. Elle chemine en dehors des parois rectales épaissies et paraît borgne externe.

Le toucher rectal fait constater l'existence d'une prostate très volumineuse qui a peut-être joué son rôle dans l'inflammation du tissu cellulaire pelvi-rectal.

M. Richet, redoutant d'employer le bistouri pour inciser le rectum à une aussi grande hauteur, a préféré, à l'exemple de Gerdy, se servir de l'entérotome.

Le 28 mai, l'entérotome est mis en place. Aucun accident autre que la gêne et la douleur que le malade éprouve en urinant pendant deux jours.

Le 5 juin, l'instrument complètement détaché est enlevé par M. Richet.

Le malade sort guéri le 20 juillet, sans avoir éprouvé aucun accident.

CONCLUSION.

Arrivé au terme de notre travail, nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

Les phlegmons sous-musculaires de la région anale se terminent toujours par suppuration et donnent naissance à des fistules.

On peut distinguer l'inflammation du tissu cellulaire pulvi-rectal supérieur de l'abcès ischio-rectal d'après l'étiologie et la marche de l'affection.

La conduite du chirurgien est de suivre les conseils de Mollière, de Lyon : « 1° Incision hâtive, suffisante pour assurer le débridement et le libre écoulement du pus ; 2° respecter autant que possible l'appareil musculaire de l'anus et du rectum (1). »

Les fistules une fois établies sont presque toujours borgnes externes.

Parmi les différentes méthodes de traitement, nous préférerons le pincement précédé de l'incision.

(1) Mollière. Traité des maladies du rectum et de l'anus, p. 45.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :
Le Président censeur,
GRASSET.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Foubert. — Mémoire sur les grands abcès du fondement. (Académie de chirurgie t. III, p. 473.)

Carreau. — Thèse de Paris, 1853.

Boinet. — Iodothérapie, Paris 1855.

Richet. — Anatomie chirurgicale.

Tillaux. — Anatomie topographique.

Gosselin. — Dictionnaire de Jaccoud, (Article *Anus.*)

Follin. — Pathologie externe.

Pozzy. — Thèse de Paris, 1873.

Mollière. — Traité des maladies de l'anus et du rectum.

Velpeau. — Dictionnaire de médecine en 31 vol. (Art. *Anus.*)

Richet. — Observation de fistule à l'anus, opérée au moyen de l'entérotome. (*Gazette des hôpitaux*, 1861, p. 539.)

Verneuil. — Observation de fistule à l'anus opérée au moyen de l'écraseur linéaire. (*Gazette des hôpitaux*, 1861, p. 523.)

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

Auxquelles le Candidat doit répondre verbalement en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.

Chimie Médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique Médicale.

Des phénomènes d'endosmose chez les êtres vivants.

Botanique et Histoire Naturelle Médicale.

Exposer la structure de la sangsue. De l'ergot de seigle.

Anatomie.

Du système porte.

Anatomie pathologique et Histologie.

De la gangrène, au point de vue de l'anatomie pathologique.

Physiologie.

De la lymphe et de ses fonctions.

Pathologie et thérapeutique générales

L'intoxication palustre est-elle la cause *sine quâ non* des affections morbides à quinquina?

Pathologie Médicale ou Interne.

De l'encéphalite et de son traitement.

Pathologie Chirurgicale ou Externe.

Des abcès métastatiques.

Thérapeutique et Matière Médicale.

Des préparations antimoniales.

Opérations et Appareils.

De la désarticulation du coude.

Médecine légale et toxicologie.

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène.

Des moyens propres à vulgariser les notions d'hygiène.

Accouchements.

De la délivrance.

Clinique Interne.

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

Clinique Externe.

De la fièvre traumatique.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

De la lypémanie suicidique.

Titre de la Thèse à soutenir.

Contribution à l'étude des fistules pelvi-rectales supérieures et ischio-rectales.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !